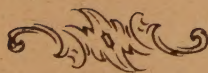


DOCTEUR M. MARCEL CORIAT
Ancien externe des Hôpitaux de Paris



CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
LARYNGITES PSEUDO-MEMBRANEUSES
NON DIPHTÉRIQUES



PARIS
LIBRAIRIE LITTÉRAIRE ET MÉDICALE
LOUIS ARNETTE
RUE CASIMIR-DELAVIGNE

92

1845

THE LIBRARY

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES FRÈRES ET SŒUR

A MES AUTRES PARENTS ET AMIS

77468

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. SEBILEAU

Professeur de clinique d'Oto-Rhino-Laryngologie
Membre de l'Académie de Médecine
Chirurgien de l'hôpital Lariboisière
Officier de la Légion d'honneur

*En témoignage de respect et de
reconnaissance.*

A MES MAÎTRES

- MONSIEUR LE PROFESSEUR CURTILLET (d'Alger) ;
MONSIEUR LE PROFESSEUR ARDIN-DELTEIL (d'Alger) ;
MONSIEUR LE PROFESSEUR LANDOUZY (*in memoriam*) ;
MONSIEUR LE PROFESSEUR RECLUS (*in memoriam*) ex-
ternat ;
MONSIEUR LE DOCTEUR LE NOIR (externat) ;
MONSIEUR LE DOCTEUR FOURNIER (externat) ;
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LENORMANT (exter-
nat) ;
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GARNIER (externat) ;
MONSIEUR LE DOCTEUR LOMBARD (*in memoriam*) (ex-
ternat) ;
MONSIEUR LE DOCTEUR BOURGEOIS (externat) ;
MONSIEUR LE DOCTEUR MORAX (externat) ;
- MONSIEUR LE PROFESSEUR TRUC (de Montpellier) ;
MONSIEUR LE PROFESSEUR VALLOIS (de Montpellier) ;
MONSIEUR LE DOCTEUR SÉZARY ;
MONSIEUR LE DOCTEUR BALDENWECK ;
MONSIEUR LE DOCTEUR LE MAY ;
MONSIEUR LE DOCTEUR MAGITOT ;
MONSIEUR LE DOCTEUR ROCHON-DUVIGNAU ;
MONSIEUR LE DOCTEUR MILLET ;

HISTORIQUE ET AVANT-PROPOS

Dans l'étiologie des pharyngites et laryngites pseudo-membraneuses, le bacille diphtérique est l'agent microbien le plus anciennement connu. Depuis que Klebs découvrit les bâtonnets et microsphères du microsporon diphtericum, dont Löffler (1884) donna une étude détaillée, on attribuait la formation de toutes les fausses membranes pharyngo-laryngées à l'activité de ce bacille. Mais déjà Roux et Yersin, puis Gaucher et Barbier signalent la possibilité d'association du bacille de Löffler à d'autres microbes et bientôt l'on ne tarde pas à reconnaître l'existence de pharyngites à fausses membranes où des microbes, autres que le bacille diphtérique, agissent seuls.

Il en va autrement pour les laryngites à fausses membranes. Pendant longtemps les classiques les ignorent ou en nient l'existence. A Castex et H. Barbier (Gilbert et Thoinot 1908. Article croup, p. 187 et suivantes), Ruault (Bouchard, Brissaud 1899. Article diphtérie) n'en font aucune mention, alors que Marfan écrit : « qu'on « n'a pu démontrer par une observation à l'abri de la

« critique l'existence d'une laryngite pseudo-membraneuse qui ne soit pas de nature diphtérique. »

Cependant des cas de laryngites à f. m. observés avec toute la rigueur scientifique désirable, prouvés par des cultures répétées, sont publiés. Les observations les plus probantes sont celles de L. Martin 1^{er}) enfant pharyngo-laryngite à petits cocci — guérison ; 2^e) enfant — croup membraneux à cocci — guérison), de Seuvre (enfant 8 ans, pharyngo-laryngite à pneumocoques), de Dufour (femme 25 ans, croup, absence de Löffler, guérison), de Glover (rhino-pharyngo-laryngite et trachéite, staphylocoques, mort), et celles que Jacob réunit dans sa thèse (8 observations d'enfants de 1 an 1/2 à 5 ans, le tubage ou la trachéotomie ont toujours été nécessaires, 5 sont morts, un de septicémie, 4 avec des symptômes de broncho-pneumonie) on trouve des staphylocoques, des streptocoques, des diplocoques, des pneumocoques).

Tous ces faits ne permettent plus de mettre en doute leur existence. Dieulafoy les admet en se basant sur les travaux de Martin et Chaillou, ainsi que Roger, Barbier et Baginsky. Lannois leur consacre un chapitre spécial dans son précis. Billings, se basant sur 286 cas, « admet la proportion de 80 o/o de Löffler et 20 o/o de streptocoques et diplocoques », et Variot et Glover pensent que les laryngites non diphtériques ne sont que dans la proportion de 1 à 2 o/o.

Quoi qu'il en soit si l'on s'en rapporte aux observations précédentes, aux descriptions de Lannois et de Jacob, voici comment se présenterait cette affection. Elle frappe surtout les enfants et présente les plus grandes

analogies avec la diphtérie. Le début est insidieux, le pharynx plus ou moins touché, l'adénopathie cervicale est peu marquée, le coryza et le jetage, exceptionnels.

La fièvre élevée, la petitesse du pouls, la cyanose, révèlent une intoxication grave. Les signes de sténose : cornage, tirage, phénomènes asphyxiques, sont analogues à ceux du croup diphtérique, et nécessitent presque toujours le traitement d'urgence : intubation ou trachéotomie. Mais ce qui domine la scène, c'est la coexistence de troubles pulmonaires, la fréquence de la broncho-pneumonie ; si bien que l'affection se présente comme une maladie ayant lésé tout l'arbre respiratoire et que la laryngite est presque reléguée au rang d'épiphénomène. Nous n'insisterons pas sur la gravité du pronostic qui ressort suffisamment des observations précédemment citées.

Nous avons eu l'occasion d'observer à l'hôpital Laënnec, dans le service de notre maître, M. le Dr Bourgeois, un cas de laryngite à f. m. qui diffère sensiblement de la description précédente, une f. m. recouvrait un ulcère limité du larynx chez un adulte, une inflammation de voisinage avait envahi une partie de l'organe vocal, l'état général n'avait jamais été très alarmant. La guérison complète était survenue au bout d'un mois sans aucune complication. D'autre part des recherches bibliographiques nous ont permis de constater que ce cas n'était pas isolé, d'autres cas, plus bénins encore, ont été publiés.

Ces faits éclairent d'un jour tout nouveau l'étude de

ces laryngites, et nous montrent qu'en dehors des cas où l'infection très virulente s'étend très rapidement à tout l'arbre respiratoire, évolue comme une affection extrêmement grave aboutissant à la mort dans la moitié des cas, il existe d'autres cas où l'infection plus localisée se cantonne à tout ou partie de l'organe vocal, et évolue favorablement vers la guérison, sans menacer gravement la vie du malade. Sans doute la lésion donne lieu à une réaction de voisinage, l'état général en subit le contre-coup, mais les microbes greffés en un point du larynx n'ont pas tendance à donner des ulcérations étendues et des fausses membranes envahissantes.

Il est des cas cependant où les laryngites à f. m. quoique relativement localisées s'accompagnent d'un état général plus grave et peuvent donner lieu à des complications locales. Ce sont les faits qui se rapportent à la présence dans la f. m. et dans les sécrétions laryngées de l'association des bacilles fusiformes et de spirilles.

Notre travail se rapporte seulement à ces deux variétés de laryngite à f. m. La laryngite à f. m. bénigne, due aux microbes banaux de l'oropharynx d'une part ; la laryngite pseudo-membraneuse où l'on met en présence l'association fuso-spirillaire d'autre part.

OBSERVATIONS

Obs. I. — Hemméon. (*British medical Journal* Londres, 1919 ; Tome I, page 604).

Laryngites ulcéro-membraneuses d'origine streptococcique.

Une série de cas ont été admis au « n° 3, Canadien général Hospital » présentant un aspect identique du larynx et une absence complète de symptômes généraux. On n'essayera pas de les relier à l'influenza ou à l'infection streptococcique qui prédomine en ce moment.

Symptômes. Invasion. Sensation de malaise, de froid, céphalée et douleur dans les membres. Le maximum de température se produit au bout de 48 à 62 heures et atteint dans 10 cas 102° F. (39°C), dans 25 cas, apyrexie, et dans 15 cas température variant de 99 F. à 102° F. (39° à 37,5 C) et durant 48 heures.

Presque tous sont admis et se plaignent de gêne laryngée.

Symptômes laryngés. Toux, enrrouement et aphonie apparaissent de 1 à 5 jours. A un certain moment l'aphonie existait dans 40 cas, dans 10 cas on ne notait que de l'enrouement. Toux constante spasmodique et sèche. La guérison se fait en 8 à 25 jours, en moyenne en 17 jours. Une aphonie fonctionnelle s'ensuivit dans 8 cas.

Signes objectifs. Pharynx. En général peu de changement, un peu rouge et engorgé.

Epiglotte : non recouverte de fausses membranes. Cordes vocales : ulcéro-membraneuses. Habituellement elles pré-

sentent une fausse membrane au 1/3 moyen ressemblant ainsi aux laryngites traumatiques par gaz. La f. m. grisâtre et transparente repose symétriquement sur les 2 cordes et peut recouvrir les 2/3 de la face supérieure et leur bord libre. Cette f. m. s'enlève avec difficulté par grattage avec une pince ou frottement au porte-coton. Elle laisse une surface excoriée et saignante rapidement recouverte d'une nouvelle fausse membrane. Au 3^e ou 4^e jour le bord de la fausse membrane apparaît enroulé en haut, ou celle-ci tombe laissant une ulcération superficielle. Invariablement le bord libre de la corde recouvert, apparaissait augmenté d'épaisseur et plus tard avait une apparence dentelée.

On n'observe pas d'œdème de la glotte ni des régions sus et sous-glottiques, les aryténoïdes et les bandes ventriculaires ne sont pas recouverts de fausses membranes.

L'aphonie due d'abord à une cause mécanique à l'épaisseur et à l'ulcération des cordes peut durer en tant qu'aphonie fonctionnelle.

Traitements. — Trois facteurs par ordre d'importance.

Repos vocal.

Suppression du tabac.

Inhalations de vapeurs médicamenteuses.

Les inhalations agissent sur la toux mais probablement pas sur les processus ulcéro-membraneux.

Le fait de ne pas fumer diminue l'irritation. Le repos de la voix est très important et doit être complet, éviter même de chuchoter. Non seulement la guérison est ainsi plus rapide, mais le malade ne garde pas ainsi l'habitude de chuchoter qui conduit fréquemment à une aphonie fonctionnelle.

Après la disparition des fausses membranes les cordes étaient rouges, injectées, à bords rugueux, et souvent la guérison était rapide par application d'astringents sur les cordes. Repos partiel de la voix pendant la convalescence qui dure de 8 à 10 jours. La voix reprise trop tôt amène une laryngite subaiguë ou chronique.

Bactériologie. Les cultures sont prises sur les cordes par trois méthodes. On essaie de prendre de la sérosité du nasopharynx sans succès à l'aide d'un tube de verre.

On prélève un fragment de fausse membrane :

1^o par laryngoscopie directe en prenant soin de ne pas contaminer le coton du porte-coton.

2^o par laryngoscopie directe à travers un tube laryngoscopique court.

On trouve sur 30 cultures :

Dans 33, du streptocoque presque pur, dans 10, le streptocoque prédomine, le reste était indéfini.

Sur les 33 streptocoques, 23 étaient des streptococcus hemolyticus, et 10 du streptococcus viridans.

Obs. II. — (*personnelle*). M. R., 48 ans, journalier, vient consulter le 22 octobre 1920 pour des troubles fonctionnels impressionnants, dyspnée considérable avec tirage, aphonie, mauvais état général. Haleine fétide, douleurs à la déglutition, fièvre élevée, facies grippé.

Les troubles sont apparus il y a 3 jours à la suite d'une petite angine et ont été en augmentant jusqu'à ce jour. Le malade fait remarquer que sa femme avait eu une angine également en même temps.

Examen. Le cou est empâté du côté gauche, la pression du larynx de ce côté est douloureuse. Adénopathie cervicale et sous-maxillaire surtout à gauche.

Pharynx : rougeur diffuse. *Cavum* : rougeur mais rien d'anormal. *Fosses nasales* : normales.

Larynx : épiglote rouge, tuméfaction considérable de toute la moitié gauche du larynx, œdème de l'aryténoïde et du repli aryténo-épiglottique gauche, tuméfaction et rougeur de la bande ventriculaire qui masque complètement la corde vocale de ce côté. Sur la moitié postérieure de la bande ventriculaire gauche on voit une fausse membrane épaisse, gris sale dont la partie interne est détachée et flotte au-dessus de la fente glottique.

La moitié gauche du larynx est complètement immobile pendant la phonation et l'aspiration profonde. L'aryténoïde et la bande ventriculaire semblent complètement bloqués ; seule la corde droite est capable de faire ses mouvements normaux d'abduction et d'adduction.

Avec une pince laryngienne on fait un prélèvement de la fausse membrane et on découvre aussi au-dessous d'elle une ulcération bourgeonnante.

L'examen microscopique de la fausse membrane a montré ultérieurement une flore microbienne variée où prédominait le pneumocoque ; pas d'association fuso-spirillaire. Pas de Löffler dans la culture.

On fait entrer le malade à l'hôpital où on le traite de la façon suivante :

Quinine, compresses chaudes sur le cou, gargarismes et attouchements de la région malade tous les deux jours avec du bleu de méthylène au 1/30.

Les symptômes fonctionnels à l'entrée étaient si intenses qu'on avait hospitalisé le malade dans le but de faire une trachéotomie en cas de besoin.

Evolution. Pendant 3 ou 6 jours les symptômes fonctionnels restent aussi alarmants, bientôt la dyspnée s'atténue, la dysphagie cependant persiste une douzaine de jours ; la température qui était montée jusqu'à 39° diminue en même temps que l'état général s'améliore. La fausse membrane s'élimine petit à petit, il n'en persiste qu'un fragment en avant de l'aryténoïde. La partie de la bande ventriculaire découverte par la chute de la fausse membrane est ulcérée et bourgeonnante. L'aryténoïde reste toujours gros, rouge, œdématié. La moitié gauche du larynx ne commence à recouvrer sa mobilité qu'au bout de 13 jours. Petit à petit l'aryténoïde peut faire des mouvements d'abduction et de bascule qui vont en augmentant d'amplitude, la tuméfaction de l'aryténoïde diminue, le bourgeonnement diminue et au bout d'un mois le larynx avait retrouvé un aspect et une mobilité normaux.

Obs. III. — (Dr Reiche) résumée par le Pr MOURE) *Münch med. Wochens* n° 17, 23 avril 1907, p. 832). Il s'agissait dans ce cas d'un homme de 39 ans, faible, pâle, amaigri, ayant de la toux avec une expectoration grisâtre, spumeuse et l'haleine fétide. Son pharynx était normal, mais à la partie inférieure du pilier postérieur gauche, on voyait un ulcère

plat, gris blanchâtre, à bords escarpés, de la grosseur d'un grain de seigle. Les cordes vocales étaient blanc grisâtre ; sur toute l'étendue de la fausse corde vocale droite existait un dépôt épais, jaune gris. La muqueuse aryténoïdienne était rouge et épaissie dans l'espace aryténoïdien.

Le reste du larynx était normal ; la température oscillait entre 38 et 39.

Dans l'expectoration, l'auteur constata l'existence de très nombreux bacilles fusiformes, de même que dans les frottis faits avec l'enduit du pilier. Pas de Löffler. Albumine dans les urines. Trois jours après, toux violente, pas de douleur à la déglutition, pas d'engorgement des ganglions cervicaux. Le dépôt resta le même sur la fausse corde gauche ; celui de la partie postérieure du pilier régressa peu à peu.

Puis tandis que l'état général s'améliorait, que la température baissait, le dépôt pseudo-membraneux gagnait successivement la fausse corde et la corde vocale gauches, le cartilage aryténoïde du même côté, puis graduellement les deux rubans vocaux. La muqueuse autour des parties malades était seulement un peu rouge.

Le dépôt disparut graduellement, en commençant par les parties les premières atteintes, laissant à sa place une ulcération peu profonde qui se combla lentement.

Dans les derniers jours de la maladie, paralysie bilatérale de l'accommodation, puis paralysie de la corde vocale droite ; troubles des réflexes, de la station debout et de la marche. Guérison complète au bout de trois mois. Pendant une grande partie de la maladie, la rate avait été hypertrophiée. La déglutition ne fut jamais gênée, la toux n'eut pas les caractères de la toux croupale. Leucocytose considérable et durable. A remarquer que l'on trouva seulement des bacilles fusiformes sans spirilles ; on sait que, pour bien des auteurs cette absence n'a pas grande signification.

Les phénomènes du côté de l'accommodation, la parésie de la corde vocale droite, les troubles tabétiques, l'albuminurie persistante et abondante sont à noter comme caractéristiques d'une infection fuso-bacillaire grave.

Obs. IV. — Angine et laryngite ulcéro-membraneuse, sténose laryngée consécutive. (résumée) (E. J. Moure. *Revue heb. de Laryng.* 11 mars 1911).

Au mois de mars 1909 R. S. 22 ans, se plaint de douleurs violentes à l'arrière-gorge.

Antécédents. Scarlatine (1896). Rougeole (1898). Angine gangréneuse grave du naso-pharynx avec œdème (1906). Gastro-entérite (1908).

Chute de cheval amenant déviation de la cloison en 1909. Le 6 février 1909, angine pultacée, première atteinte d'une scarlatine contractée malgré une atteinte antérieure.

Vers le 15 mars, angine avec ulcération au niveau des amygdales, et hémorragies difficiles à tarir (à l'examen bactériologique bacilles fusiformes et spirilles).

Le 22 février, température à 38°7.

Première phase d'angine ulcéro-membraneuse à allure grave : mauvais état général et présence d'exsudats diphtéroïdes sur fond ulcéré saignant facilement dans l'arrière-gorge.

Puis. (2^e phase) douleur à la déglutition avec gêne respiratoire, cornage, tirage. Au laryngoscope : d'abord rougeur et tuméfaction de l'épiglotte et de ses replis. Enduit discret par places. Puis ulcération recouverte d'un exsudat grisâtre, pultacé, analogue à celui du pharynx ; grosse tuméfaction, immobilisation des articulations crico-aryténoïdiennes.

30 mars. Trachéotomie. Soulagement immédiat de la dyspnée.

31 mars. Examen bactériologique : bacilles fusiformes, spirilles, streptocoques, pneumocoques, pneumobacilles, température 39°.

D'abord amélioration notable, puis à partir du 14 avril, augmentation de l'enrouement, de l'expectoration, de la dyspnée ; le larynx est complètement obturé.

A partir de mai, l'état général devient très mauvais (pustules d'ecthyma), l'expiration est difficile mais possible.

Pendant le mois suivant, la perméabilité du larynx s'améliore légèrement, mais nouvelle exacerbation de la maladie le 18 juin, puis le 14 juillet.

Amélioration fin août et début septembre, petite poussée le 4 septembre. Pendant toute cette période on cautérise à plusieurs reprises au galvano-cautère, et au chlorure de zinc au 1/10 des bourgeons charnus qui encombraient le larynx.

De janvier à avril 1910 : Séances de cathétérisme du larynx avec des tubes de Schrötter en métal, aucun résultat.

17 mai. On commence la dilatation caoutchoutée (sonde n° 10).

31 juillet. Sonde n° 21.

16 août. Sonde coupée au ras du larynx, gêne consécutive inquiétante et quintes de toux intolérables, empêchant l'alimentation pendant 48 heures.

3 septembre au 20 novembre. Vie au grand air, amélioration de l'état général, la suppuration s'est tarie, le bourgeonnement a diminué.

Obs. V. — (résumée) Dr ARBOW SMITH). *Angine de Vincent attaquant exclusivement le larynx.*

Ce cas semble unique. Un homme de vingt-six ans et demi a de la gêne dans la gorge, de l'enrouement et de la dyspnée. Rien au thorax ; pouls et température normaux ; respiration gênée ; léger gonflement externe du cou. Le laryngoscope montre de l'œdème de l'épiglotte, des aryténoïdes et des bandes ventriculaires. On fait une trachéotomie d'urgence. Le malade revient deux mois après avec une récurrence des symptômes ci-dessus. La plaie de trachéotomie s'était ouverte et il en sortait un pus fétide. Ce pus renfermait de nombreux bacilles fusiformes et des spirilles de Vincent. Nouvelle trachéotomie. Pendant six semaines, on trouva dans le pus, les crachats, les granulations de la plaie trachéale, les micro-organismes spécifiques. Thyrotomie et introduction d'un tube laryngostomique de Jackson. Traitement antisypilitique sans résultat : réactions de Wassermann, Noguchi, négatives. Il y a eu sténose du larynx.

Obs. VI. — *Laryngite ulcéro-membraneuse à type œdémateux.* (M. H. DAUDIN-CLAVAUD, Interne des hôpitaux) (résumée) (*Revue hebdomadaire du larynx*, 3 août 1912).

B. L. 40 ans, menuisier, est amené à l'hôpital en proie à

une dyspnée extrême qui s'accroît progressivement : regard anxieux, brillant, cornage, tirage sus-sternal très marqué. Voix faible, sourde, la douleur à la déglutition n'existe pas. A l'examen laryngoscopique, l'épiglotte énorme, déformée, cache toute l'entrée du larynx, même les aryténoïdes. Malgré sa coloration rouge contrastant avec celle de l'œdème a frigore (vessie de poisson) on s'arrête cependant à ce dernier diagnostic d'œdème a frigore à cause de l'absence d'antécédents tuberculeux ou syphilitiques et de phénomènes généraux actuels faisant penser à une infection générale.

Trachéotomie au niveau du 1^{er} anneau de la trachée sous anesthésie locale ; l'introduction de la canule amène l'expulsion d'abondantes mucosités accumulées dans la trachée.

A 4 heures, température 39°, pouls 140, le lendemain 37°2 le matin, 37°6 le soir et depuis ce jour elle évolue autour de la normale, en même temps que le malade respire très facilement.

Le 2^e et le 3^e jour, légère réaction des grosses bronches. L'examen montre alors une épiglotte un peu moins volumineuse laissant apercevoir la partie postérieure des aryténoïdes infiltrés et peu mobiles. L'œdème de l'épiglotte diminue de plus en plus et l'on finit par voir sur toute la longueur du repli aryépiglottique infiltré, une fausse membrane d'un gris sale, mal délimitée et qui déborde le repli en dehors.

L'examen bactériologique d'un débris de fausse membrane dénote la présence de bacilles fusiformes et de spirilles, de beaucoup de staphylocoques ; pas de bacilles de Klebs-Löffler.

Décanulation 6 jours après la trachéotomie. L'infiltration et l'ulcération diminuent de plus en plus ainsi que la fausse membrane.

Trois semaines après le début il ne reste plus trace de fausse membrane, et le malade semble guéri. Huit jour, après cependant : douleur à la gorge, gêne de la déglutition, tuméfaction de la région carotidienne. Au laryngoscope tuméfaction de la gouttière pharyngée droite, infiltration de l'épiglotte et de ses replis du côté droit. Guérison, cette fois définitive, une dizaine de jours après.

LARYNGITES PSEUDO-MEMBRANEUSES DUES AUX MICROBES BANAUX DE L'ORO-PHARYNX

Dans la première variété de ces laryngites, celles où l'on ne met pas en évidence l'association fuso-spirillaire, le tableau clinique se présente de la façon suivante.

Une affection du pharynx est fréquemment le premier stade de la maladie, l'angine n'est pas rare au début. Rapidement une altération de l'état général vient accompagner les premiers symptômes fonctionnels. Tantôt l'affection apparaît par cas isolés, tantôt elle progresse dans une agglomération, et par contaminations successives, elle affecte l'allure d'une véritable épidémie. C'est le cas de l'observation de Hemmeon qui porte sur 50 cas. On est habituellement en présence d'un homme adulte. La température s'élève, le malade ressent des frissons, de la céphalée, des douleurs dans les membres, la langue est saburrale, en même temps que les premiers signes fonctionnels s'installent : gêne au niveau de l'hypopharynx augmentée par la déglutition, enrouement léger.

Bientôt ces symptômes vont s'accroître et donner à la maladie sa véritable allure clinique en attirant l'attention du côté de l'organe vocal.

Les symptômes fonctionnels ont une intensité variable suivant les cas. Dans tous les cas les troubles de la voix sont très marqués, la voix s'altère, perd son timbre normal, et le plus souvent s'éteint complètement, au bout de 2 à 5 jours. La douleur à la déglutition s'exagère, rend l'alimentation presque impossible (odynphagie) contribuant ainsi à la dénutrition du malade. La douleur peut exister spontanément et s'irradier vers l'oreille. Des quintes de toux spasmodiques viennent parfois réveiller la douleur. La toux, le plus souvent sèche, aboutit parfois à l'expulsion de débris de fausse membrane. La salivation est parfois assez abondante, mais la fétidité de l'haleine est en général assez peu marquée. Le plus souvent la respiration est encore possible, dans quelques cas cependant le tableau clinique revêt une allure plus alarmante : le malade se présente alors en proie à une dyspnée extrême, le regard est anxieux, les yeux brillants, la respiration fait entendre un bruit de cornage, bruit serratique, pendant que les creux sus-claviculaires et sus-sternal se dépriment dans l'inspiration (tirage). Le malade est alors en menace d'asphyxie et l'on pense à l'opportunité d'une trachéotomie. A ce moment l'affection se manifeste à l'extérieur, dans les cas graves, par un empâtement, une adénopathie sous-maxillaire et cervicale prédominante d'un côté, de la douleur à la pression du larynx. L'état général est alors altéré. La température varie de 37 à 39° suivant la

gravité des cas. Elle peut rester normale dans les cas bénins.

Le facies est grippé, on note de l'inappétence. L'alimentation est d'ailleurs gênée par l'odynphagie.

On est ainsi amené à pratiquer l'examen local du malade.

Une rougeur diffuse s'étale sur le pharynx, la base de la langue, les piliers.

Au laryngoscope on constate que les lésions prédominent à la partie postérieure du larynx. Les fausses membranes siègent le plus souvent sur les aryténoïdes et leurs replis ou plus fréquemment sur les cordes vocales. Elles sont alors bilatérales et symétriques et atteignent leur bord libre. Elles sont épaisses, ont une coloration grisâtre, elles adhèrent fortement à la muqueuse sous jacente, on a du mal à les détacher au porte-coton. Lorsqu'on en détache un fragment à la pince laryngienne, on découvre au-dessous une surface ulcérée saignante et bourgeonnante ; les bords sont plus ou moins frangés, cette ulcération est peu profonde.

Tout le vestibule laryngien présente de la rougeur et de la tuméfaction ; l'épiglotte est augmentée de volume, les bandes ventriculaires peuvent être le siège d'une tuméfaction considérable ; lorsque la fausse membrane siège sur les aryténoïdes, ils sont œdématisés ainsi que leurs replis, il n'est pas rare de noter, alors, une immobilité de l'aryténoïde et de la corde vocale correspondante, dans la respiration, conséquence d'une arthrite crico-aryténoïdienne du même côté.

La sécrétion qui recouvre ces lésions est peu abondante. En somme l'ulcération est superficielle.

Si l'on examine au microscope un fragment de fausse membrane on y dénote la présence des microbes constituant la flore habituelle de l'oropharynx : staphylocoques, diplocoques, pneumocoques, levures avec prédominance de l'un d'entre eux ; on ne trouve pas de bacille de Klebs-Löffler à l'examen direct et à la culture, pas de bacilles fusiformes et de spirilles.

L'évolution est en général favorable ; une fois la période d'état atteinte au bout de 2 à 5 jours, les symptômes restent à leur apogée pendant 4 à 5 jours. Ils n'amènent pas de gêne suffisante de la respiration pour nécessiter une trachéotomie. Au bout de ce temps on assiste à une régression parallèle des symptômes fonctionnels et physiques, la respiration se fait plus facilement, la voix reparaît puis la dysphagie s'atténue. La fièvre diminue progressivement. Au niveau du larynx les fausses membranes diminuent de surface et finissent par disparaître. Elles laissent à leur place, lorsqu'elles siègent sur la glotte, des cordes épaissies à bords dentelés, sur la partie postérieure du larynx, une surface bourgeonnante. Tuméfaction de l'épiglotte et des bandes, bourgeonnement, ulcération, disparaissent à leur tour, le larynx récupère sa mobilité dans le cas d'arthrite et tout rentre dans l'ordre au bout de 8 à 30 jours suivant la gravité du cas.

LARYNGITES ULCÉRO-MEMBRANEUSES

Dans quelques cas la laryngite pseudo-membraneuse affecte une allure différente, les symptômes en sont plus accusés, en particulier, les troubles de la respiration, l'évolution plus longue en est sensiblement aggravée, et elle nécessite le plus souvent une thérapeutique spéciale pour lutter contre la suffocation. Il s'agit des cas où l'on a pu déceler dans les débris de fausse membrane où les sécrétions laryngées, l'association des bacilles fusiformes et des spirilles. Ces laryngites sont décrites par M. le Pr Moure, sous le nom de laryngites ulcéro-membraneuses.

On doit les considérer, en effet, comme la localisation au niveau du larynx, des lésions connues sous le nom de stomatites ulcéro-membraneuses, lorsqu'elles siègent dans la bouche, et d'angine de Vincent, lorsqu'elles siègent au niveau du pharynx. Il est depuis longtemps établi depuis les travaux de M. Vincent que cette association microbienne est à l'origine de ces deux dernières affections.

D'ailleurs ces agents pathogènes peuvent venir infec-

ter secondairement toutes les lésions ulcéreuses ou érosives de l'arrière-gorge : folliculites aiguës, ulcérations banales d'origine dentaire, auxquelles ils impriment alors un caractère spécial.

Il est à noter d'ailleurs qu'on a pu constater la coexistence des bacilles fusiformes et des spirilles et des bacilles de Klebs-Löffler. De même Arbow Smith, dont une observation est consignée plus haut, cite un cas où l'infection par les bacilles fusiformes et les spirilles vint se greffer sur une tuberculose laryngée préexistante.

Les observations de laryngite ulcéro-membraneuses publiées concernent des hommes et des adultes. Toutes les causes qui mettent l'organisme en état de moindre résistance et de réceptivité favorisent son apparition : fatigue, surmenage, mauvaise hygiène, humidité. Plus fréquemment encore que dans la forme précédente, on trouve à l'origine de cette laryngite, une affection du naso-pharynx ou du larynx : coryza, angine, laryngite catarrhale ; elle peut coexister ou succéder à une angine de Vincent, ou bien les fuso spirilles viennent se greffer sur une ulcération pharyngée quelconque, dont la propagation au larynx donne lieu à l'affection que nous étudions. La fièvre et son cortège symptomatique s'installent en même temps que le malade se plaint de troubles pharyngés et laryngés.

Nous n'insisterons pas sur les troubles fonctionnels : douleurs à la partie inférieure de l'arrière-gorge, odynphagie, enrouement pouvant aller jusqu'à l'aphonie, salivation abondante, existent comme dans la forme précédente et sont plus accentués. L'haleine est souvent fé-

tide et la toux amène l'expulsion de sécrétion muco-purulentes et de débris sphacelés et sanieux. Mais ce qui domine ici la scène c'est l'entrave à la respiration, la dyspnée qui prend rapidement un caractère inquiétant. Le cornage, le tirage sus-claviculaire et sus-sternal sont constants. C'est dans cette forme que l'on peut craindre l'asphyxie par obstacle à l'arrivée de l'air. Ce symptôme commande la thérapeutique, la trachéotomie est pratiquée dans la majorité des cas.

A l'examen on ne note pastoujours un gonflement externe du cou, l'existence d'une adénopathie cervicale n'est pas la règle. L'hypo-pharynx, piliers, région pré-épiglottique peuvent présenter les lésions que nous avons mentionnées.

A l'examen laryngoscopique on constate d'abord l'existence d'une grosse tuméfaction, œdème rouge et dur, siégeant sur la région sus-glottique, parfois la bande ventriculaire arrive à recouvrir la corde correspondante, l'épiglotte tuméfiée peut masquer même les arylénoïdes. Sur cette infiltration, on voit bientôt apparaître des érosions, des ulcérations à bords irréguliers, recouvertes d'une fausse membrane gris sale, elle-même masquée par une sécrétion abondante. Si on l'enlève au porte-coton on découvre une ulcération plus souvent destructive que bourgeonnante. Les articulations crico-aryténoïdiennes sont fréquemment bloquées, les cordes et les aryténoïdes, immobiles.

La lésion est plus profonde que dans la forme précédente, mais elle respecte en général le cartilage et détermine exceptionnellement des pertes de substance profon-

des et mutilantes comme dans la tuberculose et la syphilis.

Tous ces symptômes évoluent avec une fièvre assez élevée (36°) ; le facies pâle, le teint terreux, l'amaigrissement, dénotent une atteinte générale de l'organisme. On observe quelquefois une leucocytose sanguine considérable et de l'hypertrophie de la rate, les urines sont souvent albumineuses, il peut exister de la bronchite diffuse et de la diarrhée.

Il n'est pas rare de noter des symptômes qui révèlent une intoxication générale de l'organisme, probablement par voie sanguine : altération du foie, du cœur, des reins, voire des centres nerveux tels que paralysie de l'accommodation, troubles des réflexes et troubles tabétiques.

L'évolution est variable suivant les cas. Dans les cas particulièrement favorables, l'ulcération laryngée peut guérir en quelques semaines sans laisser de traces. Mais on peut dire que dans la majorité des cas l'affection a une marche progressive. Elle a tendance à s'étendre à la trachée et aux grosses bronches. Il est rare que la trachéotomie ne soit pas nécessaire pour parer aux menaces d'asphyxie.

Des complications locales viennent encore assombrir le pronostic, il se produit une infiltration chronique des bandes ventriculaires aboutissant à une sténose laryngée.

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

On ne pourra guère confondre ces laryngites qu'avec la diphthérie, et la distinction est cliniquement impossible. La coexistence de rhinite avec jetage, l'infiltration fréquente des ganglions sous maxillaires, plaident en faveur du croup diphthérique. Mais c'est toujours l'examen bactériologique qui viendra trancher la question.

Dans le cas de laryngite ulcéro-membraneuse on sera quelquefois mis sur la voie du diagnostic en constatant l'existence d'une lésion de même nature dans la cavité bucco-pharyngée. D'ailleurs, dans ce dernier cas, les fausses membranes laryngées ont un aspect plus suppurant et infectieux que dans la diphthérie.

Il est cependant encore un autre diagnostic qui peut dans des cas exceptionnels prêter à confusion. C'est la propagation au larynx de l'ozène. On constate alors l'existence de concrétions sèches, de croûtes d'apparence mate, de coloration verdâtre. Elles peuvent occuper la partie antérieure des cordes au niveau de leur bord libre ; elles se présentent d'autres fois sous forme

d'une longue bande, verdâtre épaisse et visqueuse à cheval sur l'espace inter-aryténoïdien. La trachée elle-même peut en être tapissée. Cet aspect est bien caractéristique et un observateur avisé ne s'y trompera pas.

Le traitement est d'abord local. De grands lavages alcalins au bicarbonate ou au borate de soude, permettent d'assurer la désinfection de la cavité pharyngée. S'il existe des lésions pharyngées, on pourra même prescrire des lavages biquotidiens à la solution boro-oxygénée pratiquée à l'aide d'un injecteur Enéma. Il faudra y joindre les applications directes de topiques ou d'antiseptiques sur les ulcérations laryngées, faites à l'aide du stylet laryngien garni de coton. Le bleu de méthylène, en solution de plus en plus concentrée de 1/100 à 1/30, nous a donné d'excellents résultats. On emploie également une solution glycinée de benzoate de soude, du permanganate de potasse, des préparations iodo-iodurées.

Les applications locales de néosalvarsan qui donnent des résultats si remarquables dans les angines de Vincent, seront employées avec succès dans les laryngites de même nature, en insufflation. Il ne faut pas oublier de faire sucer au malade des pastilles de chlorate de potasse.

On traitera l'état général, quinine à l'intérieur, régime lacto-végétarien.

Les phénomènes de suffocation si fréquents dans les laryngites ulcéro-membraneuses seront justiciables de l'intubation ou de la trachéotomie.

Enfin les sténoses laryngées consécutives seront traitées par les moyens appropriés, lorsque tous les phénomènes infectieux locaux et généraux auront disparu : dilatation par canules dilatatrices, cathéters métalliques, tubes de caoutchouc et sondes en gomme.

CONCLUSIONS

1° La laryngite pseudo-membraneuse non diphtérique se présente souvent comme une affection grave, qui atteint surtout l'enfant, se complique d'infection de tout l'arbre respiratoire, nécessite la trachéotomie ou l'intubation et se termine par la mort dans la moitié des cas environ.

2° Mais on peut observer des cas plus bénins où l'infection localisée à tout ou partie du larynx évolue plus favorablement sans entrave très marquée de la respiration, ni atteinte trop inquiétante de l'état général.

3° La laryngite ulcéro-membraneuse, fuso-spirillaire, a un pronostic plus sévère en raison des phénomènes locaux rendant la trachéotomie indispensable, de l'atteinte profonde de l'organisme et des complications sténosantes.

BIBLIOGRAPHIE

A. BAGINSKY. — *Lehrbuch der Kinderkrankheiten*. (8^e édit. p. 675, Leipzig 1905).

— Zur Aetiologie der Diphthérie. (*Berlin Klin Wochensch*, 29 février 1892 et *Semaine médicale* 1892, p. 49)

BALLAY et A. HALIPRÉ. — Infection à pneumocoques chez l'enfant ; manifestations laryngées et pulmonaires, croup ou spasme glottique réflexe (*Normandie médicale*, 15 mai 1898).

BEZY et LAVAL. — Quelques considérations pratiques sur les interventions dans les laryngites aiguës de l'enfance en dehors de la diphthérie (*Archives internationales de laryngologie, d'otologie, de rhinologie*, janvier février 1907).

BILLINGS. — Cité par F. P. Anzinger. 3 récent cases of croup due to staphylococcus and requiring tracheotomy. (*American Journal of medical Scienc.* novembre 1904).

CASTEX et BARBIER — Maladies du larynx (*Traité de médecine et de Thérapeutique de Gilbert et Thoinot*, t. XXVII p. 184, Paris 1907).

E. CIONINI. — Un caso di angina e croup da Pneumobacillo di Friedlander (*Riforma med*, 17 juin 1903).

COMBY J. — *Traité des maladies de l'enfance*. 5^e édit. p. 29. Paris 1907, 6^e édit. Paris 1920.

CRISTINA (Di) G. — Sopra un caso di ascesso peritracheo laryngeo di origina non diphtherica. (*Archivi italiani di laryngologia*. Napoli 1912).

DAUDIN-CLAVAUD H. — Laryngite ulcero membraneuse à type

œdémateux. Trachéotomie (*Revue hebdomadaire de laryngologie*, Bordeaux, 3 août 1912, p. 129).

DEBOUT. — Du diagnostic différentiel des états morbides simulant le croup diphthérique (*Journal médical de Bruxelles*, 26 février 1903).

Croup à streptocoques, tubages, erythèmes post-sériques, pleurésie (*Journal med. de Bruxelles*, 2 avril 1903).

Croup à staphylocoques chez un enfant de 13 mois ; intubation pendant 26 jours ; abcès trachéal ; bronchopneumonie ; guérison (*Patho infant.* 15 mars 1905).

DIEULAFOY G. — *Manuel de Pathologie interne*. (14^e édit. Paris 1904. Tome 1^{er}, p. 92).

DUFOUR M. — Un cas de laryngite, trachéite, bronchite pseudo-membraneuse (*Bulletin et mémoire de la société anatomique de Paris*, février 1894, p. 183).

EPSTEIN. — Ueber pseudo diphtheritis septicamischen Ursprunges bei Neugeborenen und sauglingen (*Jahrb.f. Kinderheilk.* 1895, XXXIX, p. 420).

D'ESPINE (A) et C. PICOT. — *Traité pratique des maladies de l'enfance*, 6^e édit. p. 783 Paris 1899.

GALATI D. — Krankheiten des Kehl-Kopfes (*Handbuch der Kinderheil-Kunde* de M. Pfaundler et A. Schlossmann, t. II. 1^{re} partie p. 383, Leipzig 1906).

GLOVER J. — Forme aiguë de rhino laryngo bronchite pseudo membraneuse (*Annales des maladies de l'oreille, du nez et du pharynx*).

L. GRUNWALD. — *Grundriss der Kehlkopfkrankheiten und atlas der Laryngoscopie*, 2^e édit. p. 43, Munich, 1907).

HEMMEON. — Ulcéro-membranous laryngitis of streptococcic origin (*British medical Journal*), Londres 1919, t. I, p. 604.

HOGENHUYZE (Van) C. et de KLEYNE (A). — Laryngitis ulcéro membranacea (*Plant Vincent*) mit holzphlegmone (*Archiv. fur Ohren Nasen und Kehlkopf*, Leipzig 1907).

HOPPE SEYLER. — Die diphtherische und Croupöse Erkrankung des Larynx und der trachea (*Handbuch der Laryngologie und Rhinologie* Heymann, t. 1^{er} p. 1389, Vienne 1898).

JACOB MAURICE. — Des laryngites aiguës à fausses membranes non diphthériques (*Thèse de Lyon* 1907-08)

KATZMANN (E. F.). — Laryngeal stenosis possibly non diphtheric (*Kintucky M. J. Bowling Green* 1911).

KRIEGER J. — Aetiologische studien ; uber die disposition zu catarrh. Croup und diphtéritis der Luftwege 2^e édit. Strasbourg 1880).

LANNOIS, LERMOYEZ, MOURE, SEBILEAU. — *Traité pratique d'otorhino laryngologie* (Volume larynx, trachée, p. 271, Paris 1921)

LINSBAUER. — La laryngite pseudomembraneuse compliquant la rougeole (*Archives de médecine des enfants*, janvier 1903).

MANEC. — Laryngo-tracheo-bronchite pseudomembraneuse aiguë (*Thèse de Bordeaux* 1910-11)

MARFAN A. B. — *Leçons cliniques sur la diphtérie et quelques maladies des premières voies*, p. 135, Paris 1905.

MARGILNICKI. — *Revue mensuelle. Maladies des enfants*, juin 1907.

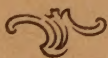
MOURE E. J. — De la laryngite ulcéro-membraneuse (*Revue hebdomadaire de la laryngologie*, 11 mars 1911. N^o 10 p. 257).

POPISCHILL D. — Streptococcenkroup der trachea (*Jahr. f. Kinderheilk.* 1897, XLIV, p. 231).

SEUVRE. — Croup d'emblée non diphtérique, pseudo membranes à pneumocoques. (*Union médicale du Nord-Est*, 30 janvier 1898)

REICHE. — Laryngite membrano-ulcéreuse fusibacillaire (*Munch medical Wochen schrift* n^o 17, 23 avril 1907, p. 832).

ARBOW SMITH. — (*Société américaine d'otolaryngologie de Washington*, 5 et 6 mai 1910). Angine de Vincent attaquant exclusivement le larynx.



Saint-Amand (Cher). — Imp. A. CLERC
